様式第１号（第４関係）

 令和 年 月 日

 雫石町長　　猿子　恵久　　殿

 介護者 住 所

 氏 名

 電　話　　　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄

紙おむつ購入助成申請書

 次のとおり紙おむつ購入助成券の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 歳 |
| 住所 | 雫石町 |
| 介護度等 | 要支援１・２、要介護１・２・３・４・５ |
| おむつ使用状況等（初回のみ記載） | 紙おむつを使用し介助や見守り等が必要になった時期： 年　　　月　　　日原因： |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名担当者氏名 |

|  |
| --- |
| 同　意　書この事業を決定するに当たり、町が保有する要介護認定結果の情報及び非課税状況を把握することについて、下記承諾欄により同意します。 |
| 署名（対象者名） | 対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 代筆者署名（本人が署名できない場合） | 代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※ 裏面を記入してください。**

* 使用頻度等

**≪すべての方が該当する箇所に必ず記載ください。≫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| タイプ | １日の使用枚数 | １ヶ月の購入内容(1袋の税込単価×袋) | １ヶ月の購入金額 |
| 介護用おむつ(テープ式のもの) | 枚 |  　円×　 　袋(　 枚入) | 円 |
| 　　　 　円× 袋( 　 　枚入) |
| はける(はく)パンツ | 枚 | 　　　 　円× 袋(　 　枚入) |
| 　　　 円× 袋( 　 枚入) |
| 平型 | 枚 | 　　　 円× 袋( 　 枚入) |
| 　　　 円× 袋( 　枚入) |
| 尿とりパッド | 枚 | 　　　 円× 袋(　 　枚入) |
| 　　　 円× 袋(　 　枚入) |
| 使用時間 | 昼のみ　 ・　 夜のみ 　 ・ 　昼夜 |

◎　介護の状態

≪**要介護１から３、要支援１又は２の方のみ記載ください。**≫

|  |  |
| --- | --- |
| 介助・見守りの状況（排尿） | □　介助されていない　□　見守り等□　一部介助　　　　　□　全介助 |
| 介助・見守りの状況（排便） | □　介助されていない　□　見守り等□　一部介助　　　　　□　全介助 |
| 特記事項（紙おむつの使用時介助が必要な状況について具体的に記載ください） |  |

※　町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 介護度 | 要支援　１・２　　　要介護　１・２・３・４・５ |
| 認定調査 | 排　尿：　□　該　当　　□　非該当排　便：　□　該　当　　□　非該当 | 調査実施日 | 年　　月　　日　 |
| 課税状況 | □　課　税　　　□　非課税 | 担当確認日 | 年　　月　　日　 |